

Rééducation intestinale

chez le blessé médullaire

Formation s'adressant aux infirmier(ère)s, infirmier(ère)s auxiliaires et PAB

Objectif général

Cette capsule a pour but d'outiller les intervenants sur les particularités de la clientèle blessée médullaire afin de prodiguer des soins optimaux.

Plus spécifiquement, à la fin de cette capsule, l'apprenant sera en mesure de:

- Prodiger les soins intestinaux chez un blessé médullaire avec un intestin réflexe.
- Prodiger les soins intestinaux chez un blessé médullaire avec un intestin aréflexe.
- Reconnaître les complications possibles lors du soin intestinal.
- Connaître les facteurs pouvant influencer l'élimination intestinale.
- Connaître la fonction de la médication.
- Faire un suivi adéquat du fonctionnement intestinal d'un patient.

Particularités chez le blessé médullaire

Lors d'une atteinte médullaire, la digestion continue de se faire normalement mais le transit dans le gros intestin peut être ralenti ce qui rend l'élimination des déchets plus difficile surtout pendant la durée du choc spinal.

Le choc spinal est la période immédiate suivant le traumatisme médullaire où se produit un ralentissement des activités de l'organisme; baisse de l'appétit, du péristaltisme et absence de contrôle du sphincter anal. Le choc spinal peut durer de quelques semaines à quelques mois.

La complication la plus courante au niveau intestinal suite à une lésion médullaire est la stase stercorale: la stagnation des selles dans le gros intestin.

La rééducation intestinale pallie à ce ralentissement et permet la vidange des selles selon un horaire régulier tout en évitant les incontinences.

Intestin réflexe (motoneurone supérieur)

L'intestin réflexe se retrouve chez les patients tétraplégiques et paraplégiques ayant une atteinte médullaire au dessus du conus médullaire. (D12 en montant)

Les soins intestinaux se réalisent en utilisant le suppositoire de Dulcolax (ou Magic Bullet) et en effectuant la stimulation digitale 15 minutes après l'insertion du suppositoire afin de stimuler le réflexe intestinal.

La fréquence des soins intestinaux est minimalement de 3 fois/semaine. Si des problématiques sont rencontrées, la fréquence peut être ajustée au besoin.

Intestin aréflexe (motoneurone inférieur)

L'intestin aréflexe se retrouve chez les patients paraplégiques ayant une atteinte médullaire touchant le conus médullaire ou la queue de cheval. (L1 en descendant)

Chez les patients avec un intestin aréflexe, le suppositoire et la stimulation sont inefficaces. Il est nécessaire d'effectuer un curage rectal afin d'évacuer les selles.

La fréquence du curage rectal devrait être de ID à BID afin d'éviter les incontinences fécales.

Facteurs pouvant influencer l'élimination intestinale

- **L'activité physique** (une baisse de la mobilité joue sur la motilité intestinale)
- **L'âge** (baisse de la motilité intestinale avec le vieillissement)
- **La médication** (antibiotiques, narcotiques, laxatifs...)
- **L'hydratation** (une bonne hydratation aide pour la texture des selles et le bon fonctionnement de la médication)
- **L'alimentation** (gras, sucre, épices, alcool...)
- **Le positionnement** (soins sur chaise d'aisance vs soins intestinaux au lit)
- **Le stress**
- **Chez la femme; le cycle menstruel**

Détails importants avant de débuter un soin intestinal

- Toujours s'assurer de faire la vidange de la vessie (faire un cathétérisme, déclamer la sonde ou miction naturelle) Les problèmes urinaires vont avoir une influence sur le fonctionnement intestinal et vice-versa.
- Positionner le patient confortablement (au lit favoriser la position latérale gauche pour faciliter l'évacuation et les manipulations mais la position latérale droite peut aussi être utilisée sans problème)
- Adopter des comportements qui respectent l'intimité de l'usager lors des soins intestinaux (voix basse, rideaux fermés, aviser l'usager des étapes du soin, confidentialité...)
- S'assurer de garder le même intervenant durant tout le soin intestinal afin d'assurer un bon suivi et préserver l'intimité du patient.

Suppositoire et stimulation

- Évacuation par suppositoire:
 1. Débutez par un toucher rectal afin de vérifier s'il y a suffisamment d'espace pour déposer le suppositoire contre la paroi rectale. S'il y a présence de selles, n'enlevez que le strict minimum pour pouvoir, par la suite, insérer le suppositoire. Ne videz pas l'ampoule rectale complètement.
 2. Une fois le suppositoire inséré, attendez 15 minutes que la médication soit absorbée et ce, autant pour le Dulcolax que pour le Magic Bullet. **(Il y a souvent évacuation de selles déclenchée par cette étape)**

Suppositoire et stimulation (suite)

3. Après 15 minutes, à l'aide d'une bonne quantité de lubrifiant, insérez l'index de la main gantée dans l'anus et procédez au curage de l'ampoule rectale. Une fois l'ampoule vidée, procédez à une première stimulation en effectuant une rotation dans le sens des aiguilles d'une montre pendant environ 10 à 20 secondes. Lorsque les selles commencent à s'évacuer, retirez le doigt et laissez l'ampoule se vider. Qu'il y ait eu évacuation de selles ou non avec le suppositoire, procédez à l'étape suivante.

Suppositoire et stimulation (suite)

4. Attendez 15 minutes.
5. Retournez vérifier dans l'ampoule rectale, si présence de selles, répétez l'étape 3.
6. Habituellement un soin intestinal comporte de 2 à 3 stimulations rectales et dure entre 45 et 60 minutes maximum.
7. À la fin du soin, il est important de procéder à l'hygiène avec des lingettes jetables et du savon.

Curage rectal

- Le curage rectal peut être fait autant au lit que sur la chaise d'aisance.
- La technique a pour but de vider le contenu de l'ampoule rectale manuellement.
- Il est important d'effectuer le curage de manière à terminer le mouvement de rotation au niveau de la partie postérieure du rectum (coccyx)
- Une fois le soin effectué, il est prudent d'attendre 10 minutes et faire une vérification afin de s'assurer que l'ampoule rectale est bien vide.

Complications possibles lors des soins intestinaux chez le blessé médullaire

- **Dysrèflexie autonome:** réponse excessive du système nerveux sympathique à divers stimulus sous lésionnels. Elle se manifeste par des réactions corporelles exagérées. (hypertension, diaphorèse abondante, congestion nasale, céphalée, bradycardie). La dysrèflexie autonome est potentiellement une urgence médicale si la tension artérielle élevée persiste.
- **Choc vagal:** état qui survient quand le cœur ne pompe pas assez de sang pour remplir les artères avec une pression sanguine nécessaire pour faire parvenir l'O₂ aux organes et tissus.
- **Saignements:** les nombreuses manipulations au niveau rectal peuvent être un risque de fissures anales et d'hémorroïdes.
- **Hémorroïdes:** (internes ou externes) inflammation et dilatation excessive des veines hémorroïdaires causant essentiellement des douleurs et des saignements. (peuvent être source de dysrèflexie et augmentation de spasmes)

Survol de la médication utilisée à l'IRDPO

SENOKOT

- Laxatif stimulant, augmente le péristaltisme pour déplacer les selles plus rapidement et les garder plus molles
- Prendre 6 à 12 heures avant le soin intestinal
- Peut être pris sous forme liquide
- Boire 6 à 8 verres d'eau par jour

Survol de la médication utilisée à l'IRD PQ

COLACE

- Laxatif émollient, aide à retenir l'eau dans les selles donc selles molles qui glissent facilement
- Début d'action 12 à 72 heures
- Ne pas écraser ni croquer
- Selon consistance des selles, peut être pris jusqu'à 3 fois par jour
- Peut être pris sous forme liquide
- Boire 6 à 8 verres d'eau par jour

Survol de la médication utilisée à l'IRD PQ

SUPPOSITOIRE DE DULCOLAX

- Laxatif stimulant
- Bisacodyl avec enrobage à base d'huile minérale.
- Augmente le péristaltisme au niveau du colon.
- Disponible en 5 mg et 10 mg.
- Agit en moins d'une heure.

Survol de la médication utilisée à l'IRD PQ

SUPPOSITOIRE MAGIC BULLET

- Bisacodyl avec enrobage à base d'éthylène glycol.
- Stimule le péristaltisme au niveau du colon.
- Même indication que le suppositoire de Dulcolax mais agit plus rapidement.

Survol de la médication utilisée à l'IRD PQ

LAX-A-DAY

- Laxatif, émollient osmotique qui fait un appel d'eau dans les intestins et rend les selles plus liquides.
- 24 à 96 heures d'utilisation avant de voir l'efficacité
- Peut être pris 1 à 2 fois par jour selon consistance des selles
- Peut être dilué dans l'eau ou le jus
- Inodore, incolore et sans goût
- Boire 6 à 8 verres d'eau par jour
- Faire attention car liquéfie les liquides épaissis

Survol de la médication utilisée à l'IRDPO

MÉTAMUCIL

- Fibres de psyllium, agent de masse
- Aide à avoir des selles plus volumineuses et plus formées
- La quantité de liquide dans lequel il est dilué n'influence pas la texture des selles
- Agit sur le petit et gros intestin
- Fait habituellement effet dans un délai de 12 à 72 heures
- Bien s'hydrater

Survol de la médication utilisée à l'IRD PQ

PEGLYTE

- Laxatif osmotique qui fait un appel d'eau dans les intestins et rend les selles plus molles/liquides
- Indiqué pour le nettoyage intestinal avant une coloscopie ou un examen radiologique des intestins et comme laxatif pour le traitement de la constipation
- 1 verre de 250 ml/heure jusqu'à retour clair (maximum 4 litres/jour)
- Incolore, goût de « fruits »
- Présentation: bouteille contenant 280g de Peglyte à diluer avec l'eau du robinet jusqu'à la ligne de remplissage, volume total de 4 litres. Une fois reconstituée, la solution est stable 48h à la température pièce et 30 jours si conservée au réfrigérateur

Survol de la médication utilisée à l'IRD PQ

FLEET RECTAL

- Phosphate de sodium
- Attire l'eau dans l'intestin
- Aide à vider l'ampoule rectale, dégager un bouchon ou une accumulation de selles dans le colon
- Fait habituellement effet dans les minutes suivant l'administration

Survol de la médication utilisée à l'IRDPO

FLEET ORAL

- Attire l'eau dans l'intestin
- Important de bien s'hydrater après l'administration de la médication
- Fait habituellement effet dans les heures qui suivent l'administration mais chez les blessés médullaire, l'administration d'un 2eme fleet oral peut être nécessaire (24 heures après le premier)

Suivi de la rééducation intestinale

Il est important de bien documenter les fonctionnements intestinaux de chaque patient afin qu'il soit possible de repérer les problématiques facilement et d'y remédier rapidement.

Le cahier de suivi des selles devrait être consulté quotidiennement par les intervenants.

Il est aussi important de spécifier la qualité et la quantité des selles suivant l'échelle de Bristol qui se trouve au début de chaque cahier de suivi ce qui facilitera l'ajustement de la médication au besoin.

****Différence entre un fonctionnement naturel et une incontinence****

Fonctionnement naturel: Évacuation volontaire, lorsque le patient ressent son envie et est capable de se retenir pour évacuer sur la toilette ou bassine.

Incontinence: Évacuation involontaire et spontanée, en dehors du moment des soins intestinaux.

Échelle de Bristol

TYPE 1

Boules dures séparées (scyballes), difficiles à expulser.



TYPE 2

Selles moulées mais faites de grumeaux apparents



TYPE 3

Selles moulées et craquelées



TYPE 4

Selles moulées lisses et molles



TYPE 5

Morceaux solides mais mous, clairement séparés les uns des autres (faciles à expulser)



TYPE 6

Selles molles à très molles (avec des morceaux solides non distincts les uns des autres)



TYPE 7

Selles liquides, sans structure



Ne pas oublier...

Chaque patient blessé médullaire est unique, il faut donc savoir s'ajuster aux besoins de chacun afin d'assurer les meilleurs soins possibles.

La rééducation intestinale est une étape éprouvante, « humiliante » et émotive pour beaucoup de patients, il est donc important de faire preuve de respect, d'empathie et prendre le temps de bien expliquer au patient nos interventions afin qu'il se sente inclus dans le processus.

Des questions?



Références

- *Vivre avec une lésion médullaire*- Moelle épinière et motricité Québec- 2017
- *Projet Cotonnelle*- Judith Lavoie, Alain Dubois, Gina Therrien, Julie Genest- 2009
- *RxVigilance Web*
- *Intestin neurogène*- Xavier Laurier MD R2 en médecine- physique et réadaptation- 2022